



ESTADO DE TENNESSEE
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE TENNESSEE
OFICINA CENTRAL
CORNERSTONE SQUARE BUILDING, SUITE 305
530 CHURCH STREET
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-0745
(615) 741-5825 FAX (615) 532-2197
www.state.tn.us/humanrights

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA QUEJA A LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE TENNESSEE (THRC)

El personal de la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee está comprometido a servir a todas las personas de Tennessee. Para poder brindarle el mejor servicio es importante que usted:

- Escriba sus respuestas claramente
- Conteste todas las preguntas relacionadas con su queja
- Se asegure de firmar y poner la fecha a la forma

Sección 1: Escriba su nombre, dirección y número de teléfono. Por favor incluya el nombre y teléfono de cualquier otra persona que pueda ayudarnos a contactarlo(a). También proporcione el nombre, dirección, teléfono y número de empleados de la compañía contra la cual está presentando la queja. Si tiene información sobre la oficina principal de la compañía, por favor proporcione esa información.

Sección 2: Por favor seleccione el tipo de discriminación que está alegando. Puede marcar más de un artículo, pero por favor seleccione el mejor motivo por el cual usted cree que discriminaron en su contra.

Sección 3: Si usted fue empleado de la compañía, por favor proporcione la fecha de contratación y, si aplica, la fecha de despedida. También, proporcione su(s) posición(es) desempeñada(s) cuando estaba empleado por la compañía.

Sección 4: Por favor marque el episodio que describa la acción que la compañía tomó en su contra. También, díganos los motivos que la compañía le dio para tomar esta acción. Por favor proporcione las fechas de cuando ocurrieron los incidentes. Es importante que anote el nombre de personas de otra raza, edad, sexo, color, etc. que fueron tratadas diferentemente que a usted.

Sección 5: Infórmenos si ha buscado asistencia de alguien más sobre este asunto; además, describa las circunstancias que causaron la discriminación alegada; solo de hechos que usted sepa son correctos y relacionados a su queja. Finalmente, proporcione los nombres, direcciones, y teléfonos de testigos que tengan conocimiento de su caso.

- Recuerde, si no llena la queja completamente, o si selecciona todos los tipos de discriminación, se podría atrasar la investigación de su caso.

Además, tome en cuenta que se mandará una copia de esta queja y cualquier documento añadido a la compañía que usted acusa de discriminación en contra de usted.



**ESTADO DE TENNESSEE
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE TENNESSEE
OFICINA CENTRAL
CORNERSTONE SQUARE BUILDING, SUITE 305
530 CHURCH STREET
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-0745
(615) 741-5825 FAX (615) 532-2197
www.state.tn.us/humanrights**

THRC# _____	QUEJA DE DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO	EEOC# _____
(PARA USO DE ESTA OFICINA ÚNICAMENTE)		

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PRESENTANDO LA QUEJA

NOMBRE _____	DIRECCIÓN _____		
CIUDAD _____	CONDADO _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	TELÉFONO () _____	CELULAR () _____	

Proporcione la información de contacto de alguien que podamos contactar en dado caso que se nos dificulte comunicarnos con Usted.

NOMBRE _____	DIRECCIÓN _____		
CIUDAD _____	CONDADO _____	ESTADO _____	C. P. _____
		CELULAR () _____	TELÉFONO () _____

INFORMACIÓN DEL DEMANDADO

Proporcione el nombre y dirección de la compañía, organización, agencia de empleo, sindicato o comité de enseñanza que discriminó en su contra:

NOMBRE DEL NEGOCIO _____	DIRECCIÓN _____		
CIUDAD _____	CONDADO _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____
TIPO DE NEGOCIO _____	TELÉFONO () _____	# DE EMPLEADOS _____	
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO _____	NOMBRE DEL DIRECTOR DEL PERSONAL O RECURSOS HUMANOS _____		

2. RAZÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

Yo creo que discriminaron en contra de mí por mi: *(Por favor solo marque los que apliquen a su caso.)*

- ORIGEN NACIONAL, ESPECIFIQUE _____
- SEXO, ESPECIFIQUE _____
- RAZA, ESPECIFIQUE _____
- DISCAPACIDAD, ESPECIFIQUE, _____
- RELIGIÓN, ESPECIFIQUE _____
- EDAD(MÁS DE 40)
- COLOR, ESPECIFIQUE _____
- OTRO, ESPECIFIQUE _____
- REPRESALIA

3. HISTORIAL DE EMPLEO

EL EMPLEO COMENZÓ EN: _____	EL EMPLEO TERMINÓ EN: _____	SUELDO/SALARIO: _____
POSICIÓN DESEMPEÑADA AL SER CONTRATADO: _____	POSICIÓN DESEMPEÑADA ACTUAL: _____	

4. INFORMACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN ALEGADA

Como resultado de discriminación, fui sometido(a) a la(s) siguiente(s) acción(es) adversa(s) en el empleo:
(Solo marque aquellas que mejor describan lo que le sucedió)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> NO FUI CONTRATADO | <input type="checkbox"/> NEGARON AUMENTO | <input type="checkbox"/> NEGARON ACOMODACIONES POR RAZONES RELIGIOSAS | |
| <input type="checkbox"/> NO ME LLAMARON | <input type="checkbox"/> FUI ACOSADO(A) | <input type="checkbox"/> ME SUSPENDIERON | |
| <input type="checkbox"/> NEGARON ASCENSO | <input type="checkbox"/> NEGARON BENEFICIOS | <input type="checkbox"/> ME TRANSFIRIERON | <input type="checkbox"/> ME INTIMIDARON |
| <input type="checkbox"/> ME DESPIDIERON | <input type="checkbox"/> NEGARON PERMISO DE AUSENCIA POR RAZONES MÉDICAS | <input type="checkbox"/> REPRESALIA | |
| <input type="checkbox"/> ME DESPIDIERON POR RAZONES ECONÓMICAS | <input type="checkbox"/> OTRA _____ | | |

RAZÓN(ES) QUE LA EMPRESA/ORGANIZACIÓN DECLARÓ PARA TOMAR LA(S) ACCIÓN(ES): (¿Qué motivos le dio la empresa/organización para actuar en su contra?) Si la empresa/organización le proporcionó documentación, haga favor de añadir una copia.)

***FECHA(S) DE LA ACCIÓN DISCRIMINATORIA COMETIDA POR LA EMPRESA/ORGANIZACIÓN QUE USTED ALEGA:**

Fecha del comienzo de la acción discriminatoria alegada _____
Fecha más reciente de la acción discriminatoria alegada _____

5. ASISTENCIA DE OTROS

***¿Ha buscado asistencia para esta queja de cualquier otra agencia, sindicato, abogado o cualquier otra fuente?**

- Sí
¿De quién buscó asistencia? _____
Fecha(s): _____
¿Cuál fue el resultado, si es que hubo? _____

*** ¿Ha presentado una queja con la EEOC referente a esta queja?**

- Sí (Si tiene una copia de su Cargo de EEOC, adjúntelo a esta queja.)
Número de Cargo de EEOC: _____

- No he buscado asistencia de otra agencia para esta queja.

Describa las circunstancias que ocasionaron la discriminación que usted dice que ha sufrido o continua sufriendo. De fechas, cuando sea posible. (Si la discriminación continúa, diga que continúa). También, describa como el trato a personas de otra raza, sexo, edad, color, etc. fue diferente a usted. Utilice papel adicional si es necesario.

¿Cómo se enteró de la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee (THRC)?

Radio Televisión Amistad Otro, especifique _____.

AVISO LEGAL IMPORTANTE

Usted, como Demandante, tiene el derecho de contratar un abogado y presentar una demanda privada en el sistema de la Corte Estatal, Corte de Mínima Cuantía o Corte Rotativa, en cualquier momento durante la investigación de esta queja. Si decide esta opción, debe presentar su demanda a más tardar en un (1) año de la fecha de la acción de discriminación alegada y antes de que se decrete el resultado por parte de la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee (THRC). La Ley Estatal, a diferencia de la Ley Federal no computa el tiempo de la prescripción en su reclamo mientras que este está siendo investigado o negociado por esta o cualquier otra agencia, incluyendo sindicatos, asociaciones o afiliaciones negociadoras. No es requerido que inicie o presente una queja con la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee (THRC) o tener el permiso de THRC para demandar en la Corte de Mínima Cuantía o Corte Rotativa; sin embargo, si levanta una demanda en la Corte Estatal, la THRC cerrará administrativamente su queja conforme a la ley estatal. Si usted decide no iniciar una demanda privada y esta agencia resuelve que no hay causa razonable para creer que el Demandado ha cometido alguna práctica de discriminación, no podrá presentar una demanda privada; pero puede presentar una acción privada apelando la resolución de esta agencia en el sistema de la corte Estatal, Corte de Mínima Cuantía o Corte Rotativa, a más tardar en 30 días de recibir la Notificación de Resolución, la cual es la posición oficial de la THRC en este asunto. Si alguna ley federal esta involucrada, esta agencia le mandará una copia de la Notificación de Resolución a la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Trabajo (EEOC). Posteriormente la EEOC mandará por correo un Notificación de Conclusión de este caso y/o un aviso de su Derecho a Demandar en la Corte Federal. Esta demanda deberá ser presentada a más tardar en 90 días después de recibir la Notificación de Conclusión o el Aviso de su Derecho a Demandar en la Corte Federal de la EEOC.

Al firmar esta queja, usted está reconociendo que ha leído y ha entendido sus derechos legales establecidos en el aviso que antecede.

Usted tiene la opción de firmar la queja frente a un notario público O firmar la declaración al final de la página. En cualquier caso, deberá hacerlo antes de presentar la queja.

Complainant Signature (Firma del Demandante)

Date (Fecha)

Sworn to and subscribed before me this _____ day of _____, 20_____.
(Jurado y firmado ante mi este) (día de)

My commission expires: _____.
(Mi comisión vence:)

NOTARY PUBLIC (Notario Público)

Declaración:
Declaro bajo la pena de perjurio que lo anteriormente mencionado es verídico y correcto.

Firma del Demandante

Fecha

Por favor anote cualquier testigo, compañero de trabajo, supervisor u otra persona que pueda tener información para apoyar o aclarar su queja. Asegúrese de tener la dirección y el teléfono incluyendo el código de área completos.

1. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

2. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

3. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

4. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

5. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

6. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____

7. Nombre
1er Nombre _____ 2do Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono () _____